ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 72

LA

MALADIE DE BRODIE

(PSEUDO-MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1914

PAR

Emile ALBERGNIÉ

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULON

Né à Agde (Hérault), le 25 Juillet 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé. } *Assesseurs*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LA

MALADIE DE BRODIE

(PSEUDO-MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

ACADÉMIE DE MONTPELLIER N° 72

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA

MALADIE DE BRODIE

(PSEUDO-MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Emile ALBERGNIÉ

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULON

Né à Agde (Hérault), le 25 Juillet 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur.
MASSABUAU, Agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, Agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN
SARDA	ASSESSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *professeur, présid.*	MM. MASSABUAU, *agrégé.*
VIRES, *professeur.*	ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Impérissable souvenir.

A MA GRAND'MÈRE
ET A MON GRAND'PÈRE MATERNELS

Témoignage de mon inaltérable et filiale reconnaissance pour la constante sollicitude dont ils ont entouré ma jeunesse et pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON PÈRE

Marque de mon attachement filial.

A MON FRÈRE

Gage de la profonde affection qui nous a toujours unis.

E. ALBERGNIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

MASSABUAU ET ÉTIENNE

Hommage de sympathie.

E. ALBERGNIÉ.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES MAITRES D'EXTERNAT

DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES D'INTERNAT

DES HOPITAUX DE TOULON

A MES CAMARADES D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

E. ALBERGNIÉ.

LA

MALADIE DE BRODIE

(PSEUDO-MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

SYNDROME HYSTÉRIQUE SIMULATEUR DE LA TUBERCULOSE DES CORPS VERTÉBRAUX

> « L'affection hystérique n'est pas seulement très fréquente ; elle se montre encore sous une infinité de formes diverses et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à tel organe les symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique ».
>
> SYDENHAM. — De variolis et morbo hysterico et hypochondriaco (1682).

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, le domaine de l'hystérie a été singulièrement rétréci: à l'école de Charcot, qui voyait l'hystérie presque partout, a fait suite l'école de Bernheim et Babinski, qui ne la voit presque plus nulle part. Entre ces deux théories extrêmes, il y a place, à notre sens, pour une conception intermédiaire, moins exclusiviste, et, sans vouloir faire de la grande psychonévrose, la « grande simulatrice », il nous semble que l'hystérie est encore trop

souvent simulatrice et que le nombre est grand des affections organiques dont elle imite le tableau clinique..

Parmi ces affections organiques, une de celles que l'hystérie mime le plus fréquemment et avec le plus de ressemblance, est la tuberculose des corps vertébraux et ses complications méningo-médullaires.

Ce fait avait été déjà été signalé, il y aura bientôt près de 80 ans par Brodie, qui le premier a attiré de ce côté l'attention des praticiens, puis le silence s'était fait sur la question, lorsque l'importance prise dans la vie courante, par les conséquences médico-légales des accidents du travail, surtout en ce qui concerne l'hystéro-traumatisme, est venue lui donner un regain d'actualité.

Aussi il nous a paru intéressant d'essayer de tirer de l'oubli, dans lequel on l'a trop souvent laissé, ce curieux syndrome pithiatique, auquel nous nous permettons de donner, en mémoire du médecin anglais qui le premier l'a signalé, le nom de « Maladie de Brodie », sans que cette appellation veuille, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, l'élever au rang d'entité morbide, puisque sa pathogénie et sa localisation anatomo-pathologiques nous sont totalement inconnues.

Ce travail nous a été inspiré par notre maître, M. le professeur Estor, à l'occasion du cas d'une jeune fille envoyée dans son service pour un mal de Pott, alors qu'il s'agissait simplement d'accidents névropathiques.

Bien que nous ayons la conviction de n'apporter aucun éclaircissement nouveau en la matière, nous nous sommes proposé le but d'individualiser, à l'aide de quelques observations, cet important syndrome hystérique, qui donne aux malades chez lesquels il se manifeste, l'aspect et l'allure d'un pottique, alors que la colonne vertébrale est indemne de toute lésion tuberculeuse actuelle. Après avoir suc-

cinctement déroulé l'historique de la question, nous esquisserons un rapide aperçu étiologique et pathogénique, puis nous nous attacherons à décrire les principaux caractères du syndrome de Brodie et à le différencier d'abord et surtout de la tuberculose vertébrale, puis des autres affections névrosiques ou organiques, avec lesquelles on pourrait le confondre. Enfin nous terminerons par quelques mots sur le pronostic et le traitement.

HISTORIQUE

Il est peu de maladies qui aient été l'objet d'autant de travaux que l'hystérie, et pourtant la notion de la simulation par cette psychonévrose de certaines affections organiques et en particulier de la tuberculose vertébrale est d'origine relativement moderne.

Les traités hippocratiques, les écrits de Celse, Morchion, Galien demeurent muets sur la question.

Sydenham, le premier, en 1682 (De variolis et morbo hysterico et hypochondriaco), signale l'existence et la fréquence de la névralgie rachidienne: « De tous les symtômes de l'hystérie, écrit-il, il n'en est pas de si fréquent qu'une certaine douleur au dos; cette douleur a cela de particulier, qu'après qu'elle est passée, elle laisse les parties tendres et sensibles, comme si elles avaient été rouées à coups de bâton, de sorte qu'on ne saurait y toucher sans éveiller une vive douleur ».

Hoffmann, en 1733, dans son livre « De malo hysterico », indique, en quelques mots et sans s'y arrêter, une douleur entre les épaules.

Ensuite, les auteurs qui se sont occupés de l'hystérie, sont restés muets sur ce chapitre.

Il faut arriver à Brodie qui, en 1837, dans un célèbre mémoire, traduit dans la « Gazette Médicale de Paris », appelle l'attention du public médical sur l'existence et la fréquence probable de la rachialgie hystérique et sur la

confusion souvent faite de cette affection avec la tuberculose des corps vertébraux. « Une forme d'hystérie très fréquente est celle où les symptômes s'accusent du côté de la moelle. Il arrive souvent que dans ces cas on croit avoir affaire à des ulcérations des disques intervertébraux ou des corps des vertèbres... Le malade se plaint de douleurs et de sensibilité dans le dos, de faiblesse des membres inférieurs, qui peuvent à peine supporter le poids du corps. » (Brodie. Lectures illustratives of etc... Londres, 1837.)

La même année, J.-M. Gully, Skey et Paget parlent de la fréquence de la douleur dorsale dans l'hystérie; en 1842, Andral, dans ses leçons de pathologie générale, expose un des caractères de l'affection: exaspération de la douleur par le contact des apophyses épineuses des vertèbres.

Vers la même époque, Dubois (d'Amiens), signale son apparition fréquente après l'attaque d'hystérie. Henrot (1846), dans sa thèse inspirée par Gendrin, constate en même temps que la rachialgie, l'hyperesthésie des membres et le fourmillement des mains, et rapporte une observation où le traitement par l'opium a donné d'excellents résultats.

Quelques années s'écoulent sans voir apparaître de nouveaux travaux sur la question; mais, en 1857, Briquet publie son retentissant « Traité de l'hystérie », où il expose le tableau détaillé de la rachialgie hystérique, dont il étudie le siège, la fréquence, la variété, même la pathogénie. L'autorité de Briquet fait école; deux de ses élèves, Besançon et Mesnet, reprennent encore en détail la douleur rachidienne et donnent son diagnostic différentiel avec la myélite (Besançon) et la névralgie organique (Mesnet). Axenfeld (1863), donne à son tour, une explication pathogénique de la névralgie rachidienne.

A cette période d'activité, fait suite une nouvelle période

de silence, qui dure jusqu'en 1887, où Audry (de Lyon), dans un mémoire documenté, apporte deux observations de rachialgie hystérique, prises pour des maux de Pott et donne à l'affection le nom de « Pseudo mal de Pott hystérique ». Charcot développe avec ampleur ce tableau clinique dans ses « Leçons du mardi » (1888-89), auxquelles fait suite la thèse de Merlin (Paris, 1889), qui vient compléter le travail d'Audry. Peu auparavant, Kirmisson avait montré l'importance médicale de cette névralgie, à la Société de chirurgie (7 mars 1888).

Depuis, la question est devenue classique, surtout au point de vue de l'hystéro-traumatisme, en matière d'accidents du travail, et a été fréquemment reprise, en particulier par Scherb (Soc. médic. d'Alger, déc. 1908), Broca (Presse médicale, déc. 1913) et Aimes (Progrès médical, Juin 1914).

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Un fait constant ressort de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour: c'est que le fond sur lequel repose la maladie de Brodie est l'hystérie. Cela revient à dire que l'étiologie de cette affection est la même que celle de l'hystérie.

Sans entrer dans des discussions fastidieuses sur l'étiologie de la grande névrose, on peut affirmer l'existence d'un agent qui domine toute l'étiologie de cette maladie: *l'émotion* et l'existence d'un état constitutionnel, qui dispose plus que tous les autres à son éclosion: *l'émotivité.*

A côté de ces deux principales causes, on peut réserver une place importante à la suggestion (auto et hétéro-suggestion) et à la suggestibilité, à la simulation et à l'imitation, à l'instauration ou à la suppression d'une fonction physiologique normale (menstruation, ménopause, comme chez la malade de Charcot qui avait eu, il y a 20 ans, une paraplégie par mal de Pott, paraissant actuellement guérie et qui, au moment de la ménopause eut des troubles paraplégiques), à l'hérédité, à la contagion, à l'éducation, etc...

Or, que trouvons-nous comme causes occasionnelles, à l'origine des cas dont nous relatons les observations? Le

terrain émotif et l'hérédité (observ. I, II, IV, VI, VII, IX). l'hétéro-suggestion (obs. III, où le petit malade présenta une cyphose lombaire après avoir assisté à la représentation cinématographique du *Bossu*), le traumatisme (obs. V et VIII).

Ces mêmes causes se retrouvent au fond de toutes les observations que nous avons trouvées dans la littérature médicale et dont nous ne rapportons ici que les plus typiques. Il est donc logique de conclure à l'identité des mêmes causes occasionnelles, dans l'une et l'autre affection. La maladie de Brodie, plus fréquente qu'on ne croyait autrefois, parce que mal diagnostiquée, se rencontre indifféremment chez l'enfant ou chez l'adulte, chez l'homme ou chez la femme; il nous a semblé résulter de l'ensemble des observations parcourues, que chez la femme et l'enfant, la cause la plus fréquente était l'émotion, l'imitation ou la suggestion, chez l'homme la simulation et le traumatisme (hystéro-traumatisme).

En ce qui concerne la véritable cause déterminante et le processus pathogénique, la précision est moins grande. L'interprétation pathogénique d'une maladie ne peut être donnée qu'à l'aide de la connaissance du substratum anatomique de cette affection. Or, dans le cas actuel nous n'avons pu découvrir qu'un seul cas d'autopsie de malade, atteinte de pseudo-mal de Pott hystérique (observ. VII), et l'examen microscopique, incomplet, puisque l'analyse microscopique de la moelle ne fut pas pratiquée, fut aussi négatif, car on trouva les corps vertébraux et les disques intermédiaires absolument intacts.

Par conséquent, on ne peut conclure, actuellement du moins, à une localisation anatomique et à une pathogénie propres à cette affection (hypothèse théoriquement pos-

sible) et encore moins inférer de ces observations une pathogénie nouvelle de l'hystérie.

Pour conclure, nous dirons donc que la maladie de Brodie reconnaît les mêmes causes occasionnelles que l'hystérie (émotion, suggestion, imitation, traumatisme...)

Quant à sa véritable cause déterminante, c'est-à-dire à sa pathogénie, son anatomie et sa physiologie pathologiques, elles nous sont entièrement inconnues et se ramènent à celles de l'hystérie, dont la nature est aussi obscure.

Ne pouvant donner une explication pathogénique de l'affection dans son ensemble, certains auteurs ont essayé d'en expliquer le principal symptôme, à savoir, la névralgie rachidienne. Brodie en fait une dermalgie, rapportant l'hypéresthésie à la peau; Briquet place le siège de la douleur dans les muscles; il en fait une myalgie. Axenfeld lui assigne une origine spinale (moelle et ses annexes); Jaccoud y voit des modifications qualitatives et quantitatives des nerfs centripètes ou de leurs récepteurs.

Toutes ces explications imprécises, parce que non basées sur l'anatomie pathologique, ne font que cacher l'ignorance où nous sommes de la nature exacte du phénomène.

SYMPTOMATOLOGIE

Puisque la maladie de Brodie a une origine purement névropathique, cette affection se traduira cliniquement surtout par des troubles du système nerveux, accessoirement par des désordres des autres appareils et de l'état général.

Du reste ces divers symptômes empiètent mutuellement les uns sur les autres et leur distinction est purement artificielle, ils sont souvent incomplets chez le même malade et peuvent être défigurés par la coexistence d'autres lésions organiques ou d'autres manifestations pithiatiques.

Nous prendrons pour type de notre description un cas où le tableau clinique est le plus typique. Ce cas nous est fourni par l'observation suivante recueillie dans le service du professeur Estor.

Observation Première

Recueillie dans le service du Professeur Estor
(Duë à l'obligeance du Docteur Aimes, chef de clinique).

J. M..., âgée de 13 ans, entre dans le service du professeur Estor pour mal de Pott.

Antécédents héréditaires. — On note un père éthylique et une mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Cette malade a eu la rou-

geole à 9 ans; c'est de plus, une grande nerveuse, toujours très agitée.

Maladie actuelle. — La mère a remarqué, il y a quatre mois que « l'enfant avait une épaule plus forte que l'autre », mais depuis un an déjà existaient des douleurs au niveau du rachis et dans les deux aisselles; ces douleurs apparaissaient lorsque l'enfant travaillait.

A l'examen de la malade on constate un excellent état général; la colonne vertébrale incurvée en avant présente le type du dos rond caractérisé par une convexité postérieure à courbure très étendue et très accentuée.

Pas de contracture, tous les mouvements spontanés ou provoqués s'exécutent facilement aussi bien au niveau de la colonne cervicale que de la colonne dorsale.

La palpation du rachis permet de localiser un point douloureux très net au niveau de la première vertèbre dorsale; mais ce point douloureux offre des caractères particuliers: c'est ainsi qu'il présente une exacerbation très intense lorsqu'on frôle ou qu'on pince la peau tandis qu'un choc assez violent, une pression profonde ne réveillent à cet endroit qu'une douleur obtuse et peu intense, la douleur est donc superficielle, à fleur de peau.

La pression est encore douloureuse dans les deux creux axillaires, surtout du côté droit.

Il existe d'autres zones d'hyperesthésie, en particulier au niveau du sein droit où une pression profonde est moins pénible qu'un attouchement superficiel.

La palpation de l'abdomen donne à la malade, dans la région de la zone ovarienne droite, la sensation d'une boule roulant sous les doigts qui palpent.

A côté de ces zones sensibles, il faut également signaler des zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie: ainsi les piqûres ne sont pas ou presque pas perçues dans l'aisselle gauche;

des zones d'anesthésie existent dans la région dorsale : les cornées sont insensibles. Les conduits auditifs, les fosses nasales sont peu sensibles ; le voile du palais est anesthésié.

Enfin, caractère important, lorsqu'on réveille par l'exploration des douleurs au niveau des zones sensibles, en particulier si l'on presse sur la première vertèbre dorsale, la malade s'agite vivement se contorsionne au lieu de s'immobiliser en un bloc ou de se mobiliser au minimum comme dans le mal de Pott.

Les réflexes et le champ visuel sont normaux.

Ainsi donc on avait affaire à une malade qui se présentait à nous dans un état d'agitation perpétuelle ; l'examen clinique révélait une limitation précise de la douleur dorsale superficielle, à fleur de peau augmentée par un léger effleurement, diminuée par une pression plus forte ; il existait aussi des zones d'hyperesthésie et d'anesthésie, de l'anesthésie cornéenne.

A. Comme le montre cette observation, ce sont les *troubles de la sensibilité* qui ouvrent le plus souvent la scène, et parmi ceux-ci les *troubles subjectifs*.

a) *Troubles subjectifs locaux*. — L'affection débute en effet brusquement par une *douleur très vive* que le malade localise entre les épaules, le long de la colonne vertébrale. Cette douleur est presque toujours constante puisque sur 400 hystériques, Briquet l'a constatée 306 fois. Pour notre part, nous l'avons trouvée chez nos deux petits malades et nous l'avons vue signalée par tous les auteurs, sauf par Broca chez le malade duquel le syndrome s'installe d'une façon indolore.

La douleur prédomine surtout le long de l'épine dorsale ce qui lui a valu le nom de *rachialgie* et son siège est variable depuis le segment cervical jusqu'au tronçon lom-

baire; mais son lieu de prédilection paraît être la région dorsale; c'est ce que nous avons remarqué chez la plupart des malades et c'est ce qui résulte de la statistique de Briquet qui, chez 207 sujets, l'a constatée 140 fois au niveau des premières vertèbres dorsales. La rachialgie peut apparaître immédiatement après la cause occasionnelle qui lui donne naissance: émotion, suggestion, simulation (obs. I, II, III, IV) ou bien après une période d'incubation plus ou moins longue de quelques jours à quelques semaines; cette apparition lointaine est surtout fréquente après un traumatisme, ce qui est une preuve en faveur de la nature hystérique de l'affection (obs. V et VIII).

Une fois installée cette douleur présente des caractères assez nets: elle occupe surtout la ligne médiane du dos, le long des apophyses épineuses, quelquefois elle est latérale, siégeant dans les gouttières vertébrales, mais elle est toujours plus accentuée sur la ligne épineuse que sur les gouttières (Beaujolin) et si elle est bilatérale, elle prédominerait à gauche « conformément à cette loi mystérieuse qui veut que dans l'hystérie les manifestations morbides soient plus marquées du côté gauche » (Charcot, Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux).

La douleur spinale peut être étendue à toute la colonne vertébrale ou localisée à une seule apophyse épineuse (Axenfeld); le plus fréquemment elle est étendue à cinq ou six vertèbres consécutives, en général à la hauteur des premières dorsales.

Elle peut se montrer spontanément ou être provoquée par un agent extérieur (chaleur, pression, mouvements du tronc, etc.). Dans quelques cas elle peut être sourde, profonde, térébrante, mais d'habitude elle est aiguë, lancinante, peu profonde, comparée par les malades à une sensation de brûlure.

Spontanée, elle est irrégulière dans ses manifestations et son intensité; elle peut être continue avec de fréquentes exacerbations dues aux mouvements du thorax, à la pression, apparaissant et disparaissant brusquement. Provoquée par la pression elle montre son caractère pathognomonique, c'est une douleur superficielle, à fleur de peau, plus intense à une pression légère et rapide qu'à une pression profonde et soutenue. Ce caractère nous l'avons constaté chez tous nos malades: un léger frôlement de la peau était toujours plus douloureux qu'une pression prolongée et arrachait même des cris au patient (obs. I, II, V, VII, VIII, IX). Sydenham avait déjà attiré l'attention sur ce point, mais c'est Brodie qui, le premier, a insisté sur la spécifité de ce caractère. « L'hypéresthésie morbide réside surtout dans la peau et le malade témoigne beaucoup plus de douleurs quand on ne fait que pincer légèrement la peau que quand on presse sur les vertèbres mêmes. » (Brodie, *loc. cit.*). Dans quelques cas rares néanmoins, la rachialgie n'est décelée qu'en appuyant avec une certaine force sur les apophyses épineuses (obs. IV) et Beaujolin déclare avoir constaté chez ses malades une augmentation de la douleur parallèle à la pression; mais ce n'est là qu'une exception et on peut dire que les deux caractères propres à la névralgie spinale sont sa superficialité et son exquise irritabilité.

Dans certains cas ce caractère est tellement exagéré qu'il est intolérable pour le malade et peut retentir gravement sur l'état général: c'est ainsi que quelques malades supportent difficilement le contact des vêtements, ne peuvent rester couchés sur le dos ou appuyés contre le dossier d'un siège (Audry); une malade de Charcot ne pouvait souffrir le frôlement d'un pinceau dans le dos.

b) *Troubles subjectifs éloignés.* — A côté de ce trouble

subjectif local, la rachialgie, seule caractéristique de l'affection, prennent place d'autres troubles qui n'ont rien de pathognomonique en eux-mêmes, car ils font partie du cortège classique de l'hystérie, mais qui n'ont de valeur diagnostique que par leur association avec la névralgie spinale autour de laquelle ils sont groupés; nous voulons parler des troubles subjectifs à distance constitués par les irradiations de cette névralgie. Il est fréquent en effet de constater que la douleur spinale provoquée, loin de rester localisée au point touché, présente un retentissement en divers points du corps (tête, tronc, membres); les plus communs sont les irradiations, scapulaires ou axillaires (thoracalgie, pleurodymie) c'est ainsi que la jeune malade de l'observation I éprouvait des irradiations douloureuses, dans l'aisselle et le sein gauche (sein hystérique).

De plus, cette douleur peut réveiller une aura ou une crise hystérique ce qui mettra sur la voie du diagnostic (obs. VIII et IX).

2° Comme troubles objectifs de la sensibilité, nous trouvons des zones d'hyperesthésie et d'anesthésie absolument identiques, par leur topographie et leur mobilité, aux zones correspondantes de l'hystérie, zones d'hyperesthésie dites hystérogènes (point ovarien, épigastrique, mammaire, etc.), zone d'hyperesthésie dans les gouttières vertébrales correspondant à l'étendue de la douleur rachidienne épineuse, arthralgies, sacrodynie, coccydynie, etc...

L'anesthésie et sa distribution sont plus caractéristiques: hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, superficielle ou profonde, incomplète ou plus souvent complète, intéressant dans ce dernier cas tous les modes de la sensibilité (chaleur, tact, douleur, électricité). Elle est essentiellement mobile, se déplaçant d'un moment à l'autre, sous l'influence d'une émotion, d'une suggestion ou des

attaques qui peuvent la faire apparaître ou disparaître. Elle ne gêne pas la motilité, occupant toute l'étendue du corps ou une moitié seulement, ou plus souvent un membre et un segment de membre (anesthésie segmentaire en gant, manchette, botte gigot). Lorsque l'anesthésie occupe les membres inférieurs, elle s'arrête nettement à la limite des membres, au niveau des plis naturels ou des lignes d'amputation, respectant les organes génitaux et la région sacrée (obs. IV, VIII, IX).

Les sens sont quelquefois intéressés (goût, odorat, ouïe, vue), d'où abolition des réflexes pharyngé, cornéen, rétrécissement du champ visuel (obs. I, II, III, IV, VII, VIII).

B. *Les troubles de la motilité* comprennent essentiellement des paralysies et des contractures qui apparaissent brusquement à la suite de causes occasionnelles identiques à celles des accidents hystériques (émotion, suggestion, irritation, traumatisme).

Les paralysies se présentent ordinairement sous forme d'hémiplégie, de monoplégie, de paraplégie, plutôt spasmodiques que flasques (obs. IV, VI, VII, VIII, IX) ; aussi les erreurs sont-elles fréquentes avec la paraplégie pottique, également spasmodique. Nous en étudierons les signes différentiels au chapitre du diagnostic.

Les réflexes cutanés, tendineux et pupillaires sont conservés, symptôme très important comme nous le verrons plus loin ; de même les réservoirs naturels (vessie et rectum) sont respectés.

La contracture des masses musculaires lombo-sacrées imprime au malade une attitude soudée, courbée et peut faire croire à l'existence d'une gibbosité pottique (obs. III, IV, VIII).

Enfin, on pourra observer divers autres troubles des autres appareils rencontrés communément dans l'hystérie et sur lesquels il est inutile d'insister, parce qu'ils n'ont

aucune signification, quelques troubles trophiques et vaso-moteurs (obs. V et VI) et un retentissement sur l'état général en relation avec l'intensité de la rachialgie.

Que conclure de ce complexe tableau clinique? C'est que d'abord un seul signe a une valeur diagnostique assez grande: la névralgie spinale, qui n'est d'ailleurs qu'une forme assez aiguë de la rachialgie hystérique. Les autres symptômes, secondaires, troubles de la sensibilité (locaux ou distants) et troubles de la motilité, sont aussi rencontrés dans l'hystérie, et on ne doit leur attacher guère plus d'importance qu'aux signes pithiatiques (stigmates et crises), dus le plus souvent, comme l'a démontré l'Ecole de Nancy (Bernheim) à une hétéro-suggestion (ordinairement d'origine médicale); ils ne prennent de la valeur que par leur association avec le symptôme névralgique primordial.

Quant aux troubles accessoires (trophiques, vaso-moteurs, viscéraux), rarement du reste constatés, ils sont encore moins significatifs et doivent être rattachés à la coexistence d'une affection organique méconnue ou même à la supercherie.

De plus, ce tableau clinique, auquel on peut reprocher d'être trop touffu et trop théorique, parce que nous l'avons voulu complet, nous permet de constater, en le rapprochant des observations à l'aide desquelles nous l'avons édifié, que presque jamais les signes du syndrome de Brodie ne se montrent avec la même intensité chez le même malade; mais que ce soit la rachialgie qui prédomine avec des troubles de la motilité et de la sensibilité ou que ce soient ces derniers troubles, qui deviennent prépondérants, toujours dans son ensemble, le syndrome de Brodie revêt le masque du mal de Pott qui a été trop souvent la cause de fréquentes erreurs de diagnostic. Aussi allons-nous maintenant nous attacher à préciser l'établissement de son diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie de Brodie est le plus souvent malaisé, malgré l'assertion de Briquet, qui le considérait comme très facile, surtout quand les symptômes névropathiques concomitants sont cachés et demandent à être soigneusement recherchés. Cependant un diagnostic précis est très important pour le pronostic, s'il faut, par exemple, évaluer la durée d'incapacité d'un accident du travail et aussi pour l'institution d'un traitement rationnel.

L'établissement de ce diagnostic comprendra deux étapes successives :

1° Reconnaître d'abord l'affection dans son ensemble (diagnostic positif) ;

2° La rattacher ensuite à sa cause véritable (diagnostic différentiel).

I. *Diagnostic positif.*— Il est ordinairement assez facile. On est en présence d'un syndrome clinique qui a débuté brusquement, après une cause occasionnelle, passant le plus souvent inaperçue (émotion, suggestion, simulation), ou au contraire trop perçue par le malade (traumatisme). Il se manifeste par une rachialgie très vive, siégeant habituellement au niveau de la colonne dorsale ; cette douleur peut être superficielle, à fleur de peau, d'autres fois sourde et profonde, et son acuité est plus intense à un frôlement

léger et rapide qu'à une pression profonde et soutenue. Elle présente des irradiations thoraciques, scapulaires ou axillaires, quelquefois abdominales, scrotales ou crurales.

A ce signe cardinal s'associent des troubles sensitivo-moteurs, tels que zones d'hyperesthésie et d'anesthésie superficielle ou profonde, des paralysies, des contractures, quelquefois une gibbosité dorsale ou lombaire.

II. *Diagnostic différentiel.* — L'affection à laquelle ce tableau clinique fait immédiatement songer est la tuberculose vertébrale, avec ses complications méningo-médullaires. De fait, l'erreur est très fréquemment commise, comme en font foi toutes nos observations, dans lesquelles les malades sont de prime-abord considérés comme de vrais pottiques. De plus, n'y a-t-il pas d'autres affections où prédomine le symptôme rachialgie, susceptibles d'être confondues avec le pseudo-mal de Pott hystérique?

Nous allons donc, d'abord et surtout, différencier le mal de Brodie du mal de Pott, c'est là le point important du problème, puis rapidement énumérer les autres affections névropathiques ou organiques avec lesquelles on pourrait le confondre.

A. *Diagnostic différentiel entre la maladie de Brodie et le mal de Pott.* — Dans la pratique, les choses se présentent le plus souvent ainsi: un enfant ou un adulte souffre depuis quelque temps d'une douleur entre les épaules (obs. I et II); cette douleur est survenue spontanément (obs. I et II) ou après un traumatisme (obs. V et VIII); le malade marche courbé en avant et exécute difficilement certains mouvements libres auparavant (obs. III et IV); souvent même la marche est impossible à cause d'une paraplégie spasmodique (obs. V, VIII, IX); on peut même

avoir une gibbosité dorso-lombaire (obs. III et IV). A-t-on affaire à un mal de Pott avec compression médullaire ou à des désordres purement névrosiques?

1° Etudions séparément chaque symptôme.

a) *Troubles de la sensibilité subjectifs.* — Et d'abord la *névralgie spinale,* signe prédominant et le plus constant. La douleur rachidienne du mal de Pott apparaît insidieusement, après une longue période prémonitoire (par exemple, chez l'enfant, changement du caractère, qui devient maussade et irritable); elle a un siège fixe, limité à la vertèbre ou à la zone vertébrale atteinte. Spontanée ou provoquée, elle est sourde, profonde, exagérée par les mouvements du rachis, continue, diurne et nocturne, plus vive même la nuit. Elle s'accroît par la fatigue; plus la pression directe est forte, plus la douleur est sensible; une pression légère peut passer inaperçue. Au contraire, la rachialgie hystérique apparaît soudainement à la suite d'une émotion, d'une contrariété, d'un traumatisme; elle est essentiellement mobile, fugace, avec de brusques exacerbations, disparaissant ou reparaissant sans règle fixe, changeant souvent de siège. La pression, le simple contact est très pénible (aphalgésie de Pitres); la pression profonde n'est pas ou presque pas douloureuse.

Ces caractères, qui paraissent bien tranchés de prime-abord, peuvent être absolument inverses: c'est ainsi que chez un pottique on pourra observer une zone d'hyperesthésie au niveau du tronçon rachidien tuberculeux avec des paroxysmes (il est prouvé que l'hyperesthésie cutanée peut exister dans le mal de Pott), tandis qu'on aura une douleur fixe exagérée par la pression chez des névropathes (obs. IV et VI).

Pour mieux distinguer les deux variétés de rachialgie,

on a indiqué une foule de procédés, ce qui montre la délicatesse du diagnostic. Nous ne citerons que pour mémoire certaines manœuvres empiriques telles que des frictions le long de la colonne dorsale avec une pommade ammoniacale, l'immersion du malade dans un bain chaud additionné d'une solution de potasse (Stiebel), l'attouchement de la région malade avec une éponge imbibée d'eau chaude (Copland), la galvanisation de la colonne vertébrale (Badin, Rosenthal et Seeligmuller) : ces procédés donneraient de la douleur en cas de spondylite tuberculeuse, seraient indolores dans les cas de névrose. La pratique a permis de reconnaître qu'ils n'ont aucune valeur significative.

Le procédé de Wenke est un peu plus concluant : on appuie les deux mains sur la tête ou les épaules du malade pendant qu'il est debout et on exerce subitement une pression assez énergique ; s'il existe une tuberculose vertébrale le malade ressent une vive douleur rachidienne ; en cas de rachialgie hystérique le malade ne sent rien. Valleix et Spring conseillent d'imprimer aux côtes un mouvement de latéralité, ce mouvement tiraillant les vertèbres malades produirait au rachis une douleur caractéristique absente dans la névralgie spinale hystérique.

Suivant Beaujolin, dans la rachialgie hystérique, la pression directe provoque une douleur plus intense que celle résultant des mouvements de latéralité du thorax ; c'est le contraire qui aurait lieu dans le mal de Pott.

On a dit aussi que la douleur spontanée qui peut empêcher de dormir les hystériques aussi bien que les pottiques ne réveillait pas les premiers par ces élancements nocturnes douloureux qui viennent souvent réveiller les tuberculeux.

2° D'autres signes différentiels peuvent être tirés des irradiations de la douleur : dans le pottisme hystérique les ir-

radiations névralgiques seraient surtout thoraciques, axillaires ou scapulaires (épigastralgie, mastodyns), tandis que dans le mal de Pott les irradiations seraient lombo-abdominales et crurales, suivant le trajet des nerfs correspondants. De plus, nous avons vu que chez plusieurs de nos malades (obs. I, IV, VI, VII, VIII, IX) la douleur provoquée donnait naissance à une aura ou même à une crise convulsive.

Mais cela n'a rien de constant, car tout dépend du siège de la lésion tuberculeuse : si les dernières vertèbres cervicales ou les premières dorsales sont atteintes, on pourra avoir dans le mal de Pott des propagations douloureuses thoracique et épigastrique qui éveilleront un ensemble de troubles analogues à la crise hystérique et l'on sait que chez les enfants, la névralgie intercostale complique fréquemment la tuberculose vertébrale ; de plus, à la lésion osseuse peuvent s'associer des troubles névropathiques.

Par conséquent, la névralgie spinale, bien que caractère dominateur de la maladie de Brodie, n'est pas suffisante à elle seule, du moins dans quelques cas, pour faire porter un diagnostic assez précis.

b) Essayons maintenant de tirer d'autres renseignements des *troubles objectifs de la sensibilité* (*hyperesthésie et anesthésie*).

On peut dire d'abord d'une façon générale que les troubles sensitifs sont plus communs dans le pseudo-mal de Pott hystérique que dans le mal de Pott et en particulier que les signes d'hyperesthésie cutanée et profonde prédominent dans la première affection ; cela résulte de la nature névropathique de cette affection et de l'évolution des troubles sensitifs du mal de Pott (on sait qu'il y a d'abord retard des perceptions, hyperesthésie, puis anesthésie complète) ; comme la période d'hyperesthésie est passagère on

trouvera surtout dans cette dernière affection de l'anesthésie. Ainsi donc, en cas d'hystérie, nous aurons les zones d'hyperesthésie hystérogènes classiques (ovariennes, épigastriques, etc.), hyperesthésie au froid, à la piqûre, etc., que l'on n'aura pas dans le mal de Pott. Hâtons-nous de dire que rien n'est moins précis : depuis les travaux de Bernheim et Babinski, ces stigmates classiques ont perdu leur valeur diagnostique primitive ; de plus, il peut y avoir coexistence des deux affections chez le même malade et surtout prolongation inaccoutumée de la période hyperesthésique chez le pottique.

Les troubles de l'anesthésie sont un peu plus caractéristiques quoiqu'aussi peu précis : dans le mal de Pott elle est complète et profonde, tandis que dans la maladie de Brodie elle serait plutôt incomplète, plus profonde que superficielle, intéressant les organes des sens (abolition des réflexes pharyngé, cornéen) qui seraient intacts dans la première affection.

Mais c'est surtout la topographie de l'anesthésie cutanée qui nous sera utile : on sait que dans l'hystérie elle est limitée souvent à une moitié du corps (hémianesthésie sensitivo-sensorielle), parallèle par conséquent à l'axe du corps, tandis que dans le mal de Pott elle est limitée par une ligne perpendiculaire à la ligne médiane du corps, remontant plus ou moins haut au-dessus ou au-dessous de l'ombilic suivant le siège de la lésion médullaire. Lorsqu'il existe de la paraplégie dans la première affection, l'anesthésie a des limites nettes, s'arrêtant carrément à la racine du membre (pli de l'aine et crête iliaque), respectant les organes génitaux et la région sacrée, occupant le membre entier ou un segment du membre (anesthésie segmentaire, morphologique), limitée par une ligne circulaire perpendiculaire à l'axe du membre ou légèrement oblique (anesthé-

sie en gigot) ; elle est mobile et paradoxale, apparaissant et disparaissant brusquement, indépendante de la topographie médullaire et nerveuse.

Dans le mal de Pott, au contraire, l'anesthésie étant liée à une lésion compressive de la moelle s'élève plus ou moins sur le tronc, intéressant non seulement les membres inférieurs, mais les organes génitaux, le sacrum et les lombes, suivant des limites imprécises au-dessus desquelles on trouve quelquefois une zone étroite d'hyperesthésie ; elle est fixe, non segmentaire, plutôt radiculaire diminuant régulièrement et progressivement d'intensité en remontant des extrémités des membres vers leur racine, tandis que dans la maladie de Brodie l'anesthésie serait la même en allant de bas en haut. Suivant Berbez l'anesthésie pottique n'atteindrait pas le sens musculaire tandis que l'anesthésie névrosique l'atteindrait toujours.

Tous ces signes, dus en partie à la suggestion médicale (Babinski) ne sont pas non plus suffisants pris isolément pour assurer un diagnostic précis, car on peut les trouver indifféremment dans l'une ou l'autre affection.

c) Examinons maintenant les *troubles de la motilité*. On a dit qu'ils étaient plus fréquents dans le mal de Pott que dans la maladie de Brodie ; dans nos observations on les rencontre autant dans l'un que dans l'autre.

Ces troubles résultent, dans la spondylité tuberculeuse, de la lésion vertébrale et médullaire ; ils se traduiront donc cliniquement par des paralysies et des contractures intéressant les mouvements du rachis et des membres inférieurs.

1° Voyons d'abord les *mouvements spontanés*. La démarche générale du malade n'est pas la même dans les deux cas ; le pottique se déplace tout d'une pièce, figé dans la verticale, la tête raide et élevée s'il y a une lésion sous-

occipitale, avançant avec précaution pour entrechoquer le moins possible les vertèbres tuberculeuses; si on lui parle pour attirer son attention la marche est autant gênée. Dans la maladie de Brodie le sujet présente une apparence moins soudée, sauf en cas de contractures et sa démarche est plus libre, surtout si on détourne son attention par un moyen quelconque (obs. I); la malade de Scherb (obs. IV) présentait une allure caractéristique, absolument en rapport avec le signe indiqué par Vincenze Néri (Soc. neurol., 7 mai 1908). « Toutes les fois qu'un malade se plaint d'une arthralgie ou d'une névralgie et se penche en marchant ou s'arrête plus longtemps sur le côté douloureux, il faut toujours soupçonner sous cette compensation paradoxale la nature hystérique de l'affection ». Or la malade de Scherb se plaignait du flanc gauche, se courbait et se penchait à gauche, tournait sur le pied gauche et au repos ne plaçait qu'à demi le pied droit à terre.

On peut donc dire que dans le mal de Pott il y a une limitation réelle des mouvements spontanés, tandis que dans la maladie de Brodie cette limitation est surtout apparente et disparaît sous l'influence d'une suggestion. Cette différence de limitation des mouvements spontanés apparaît davantage à l'occasion de l'exécution de quelques mouvements délicats, comme par l'acte de ramasser un objet situé aux pieds du malade (Lannelongue); le pottique, pour saisir un objet à terre, se baisse tout d'une pièce, sans s'incliner en avant, raide comme s'il voulait s'asseoir perpendiculairement à terre, alors que dans le pseudo-mal de Pott hystérique le malade se penche en avant, peut-être avec quelques grimaces et quelques contorsions exagérées, mais arrive à s'emparer de l'objet comme tout le monde (obs. I, II, III); ainsi donc les mouvements de la colonne vertébrale tuberculeuse sont raides et limités, ceux du rachis

pseudo-tuberculeux, souples et normalement étendus. De même on a dit que dans le mal de Pott sous-occipital le malade relevait sa tête avec les mains, indice d'une paresse des muscles antérieurs du cou, ce qui n'existe pas dans la maladie de Brodie.

Tous ces signes là sont inconstants, car dans cette dernière affection, si la contracture est tant soit peu prononcée, on peut trouver les symptômes considérés comme caractéristiques du mal de Pott.

Une plus grande certitude nous sera donnée par l'étude comparative de la *mobilité spontanée* des membres inférieurs, c'est-à-dire par les paralysies et les contractures qui siègent si fréquemment aux membres inférieurs dans les deux affections; cela revient à différencier la paraplégie organique (par lésion médullaire) de la paraplégie hystérique.

On sait que dans le mal de Pott les troubles moteurs sont constitués par une paraplégie d'abord flasque, mais devenant ensuite rapidement spasmodique par compression médullaire; cette paraplégie apparaît le plus souvent graduellement, sauf dans quelques cas rares de traumatisme amenant un brusque écrasement des corps vertébraux caverneux; avant de devenir impotent le pottique se plaint depuis longtemps de douleurs lombaires et crurales, de gêne dans la marche, de claudication, apparaissant avec la fatigue, disparaissant par le repos. La paraplégie de la maladie de Brodie débute, au contraire, brusquement, sans période prémonitoire, immédiatement après la cause occasionnelle qui lui donne naissance (émotion, suggestion) ou quelque temps après (traumatisme peu grave).

Une fois installée, la paraplégie pottique est permanente et va en s'aggravant si on n'institue par le traitement par le repos auquel elle cède assez rapidement; la paraplégie

hystérique constituée plutôt par une double monoplégie crurale que par une paraplégie proprement dite est mobile à l'excès, comme l'anesthésie, disparaissant et reparaissant sans règles fixes et résistant davantage au décubitus dorsal.

Ces signes, plus précieux que les troubles sensitifs, ne sont pas encore suffisamment caractéristiques, car une paralysie pottique peut survenir et s'évanouir aussi vite qu'une paralysie névropathique (Brow-Séquard a vu une paraplégie pottique disparaître en vingt-cinq heures).

2° Les *mouvements provoqués* nous seront plus significatifs. Nous savons déjà d'après ce qui précède que ces mouvements sont moins étendus et plus douloureux dans le mal de Pott que dans la maladie de Brodie, mais si on recherche cette forme de motilité sous chloroforme, on constatera que, tandis que chez le pottique, la contracture et la rétraction musculaires persistent, chez l'hystérique ces deux phénomènes disparaissent; il peut arriver cependant que dans un mal de Pott au début il y ait disparition de ces deux caractères sous l'anesthésie; dans ce cas on se basera sur le fait suivant: chez le pottique la contracture reparaît plus vite que chez l'hystérique, et tandis que chez le premier l'hyperesthésie profonde paraît d'abord, chez le second c'est l'hyperesthésie superficielle.

Mais un signe pathognomonique nous sera fourni par l'étude des réflexes et des troubles sphinctériens. Dans le mal de Pott il existe une exagération des réflexes tendineux (rotulien et achilléen) que l'on ne trouve pas dans la maladie de Brodie où ces réflexes sont normaux; Pierre Delbet a décrit un mouvement de retrait des membres inférieurs par pression latérale légère des orteils, fréquent dans la première affection, absent dans la seconde. Deux autres signes importants s'ajoutent à ceux-ci: la trépida-

tion épileptoïde et le signe de Babinski (extension isolée du gros orteil par excitation de la plante du gros orteil du pied), constants dans le mal de Pott, toujours absents dans le pseudo-mal de Pott.

Enfin, chez le pottique, on trouve une paralysie des sphincters vésical et anal (rétention d'urine suivie d'incontinence par regorgement, rarement incontinence d'urine vraie et constipation opiniâtre) ; chez l'hystérique il n'y a pas de troubles des sphincters, où si rares et si fugaces, qu'on ne doit pas en tenir compte.

Ces symptômes-là sont vraiment spécifiques, car on les trouve signalés dans tous les cas de mal de Pott, alors qu'ils ne sont nullement ou que très rarement notés dans toutes les observations de pseudo-mal de Pott hystérique ; dans cette dernière affection leur absence prend une signification nettement positive.

d) D'autres symptômes pourront encore nous guider dans la voie du diagnostic différentiel, ce :ont :

1° *Les troubles trophiques* et vaso-moteurs fréquents dans le mal de Pott (escarre sacrée, cystite purulente, atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence, arthropathies de la hanche et du genou), absents ou différents dans la maladie de Brodie (vésicules, bulles, zona, œdème éléphantiasique des membres inférieurs comme dans les observations V et VI, amyotrophie sans réaction de dégénérescence, etc...) et dus le plus souvent dans ce dernier cas à la supercherie ou à la coexistence d'une lésion organique méconnue ;

2° Les *troubles de l'état général* (amaigrissement, hyperthermie) plus fréquents chez le pottique que chez l'hystérique, surtout en ce qui concerne la prétendue fièvre hystérique dont l'inexistence a été nettement démontrée par les travaux modernes ;

3° Les *troubles du psychisme* (état mental) : on sait que l'hystérique amplifie ses sensations douloureuses et se prête plus volontiers à un examen que le vrai pottique) et les autres signes de pithiatisme communs dans la maladie de Brodie, absents dans le mal de Pott à moins de coexistence des deux affections. Mais toutes ces distinctions sont sujettes à erreur, car elles peuvent se rencontrer indifféremment dans l'une et l'autre affections.

4° Les *lésions de la colonne vertébrale* devront être prises en sérieuse considération : elles sont habituellement révélées dans le mal de Pott par une gibbosité, l'abcès froid migrateur et l'examen radiographique.

a) On a cru que la gibbosité était la règle dans la tuberculose vertébrale, l'exception dans la maladie de Brodie ; mais la gibbosité n'est pas constante dans le mal de Pott ; elle manque dans une proportion de 33 0/0 (statistique de Bouvier et Broca) et ne se montre souvent qu'à une période fort avancée de l'affection ; d'autre part, on l'a rencontrée plusieurs fois dans la maladie de Brodie (obs. III, IV, VII). La présence de la gibbosité n'est donc pas pathognomonique du mal de Pott, néanmoins on la distinguera de la gibbosité hystérique, qui est à proprement parler une voussure, par les caractères suivants : la gibbosité pottique apparaît d'habitude lentement, après une longue période prémonitoire de troubles sensitifs et moteurs, étant due à un lent tassement des corps vertébraux tuberculeux, sauf en cas de traumatisme où elle se montre instantanément, ce qui est l'exception ; c'est une gibbosité osseuse et permanente. Au contraire, la gibbosité hystérique apparaît toujours brusquement après une émotion, une suggestion (en huit jours chez le malade de Broca), sauf en cas de traumatisme où elle se révèle après une longue période préméditative, étant due à une contraction spasmodique des mus-

cles dorsaux et sacro-lombaires ; c'est une voussure musculaire, à allure très mobile, pouvant disparaître aussi rapidement qu'elle est apparue et par les mêmes causes.

Malgré tout la gibbosité n'est qu'un signe de présomption.

b) Cette présomption sera transformée en certitude par la constance d'un abcès froid migrateur dans le mal de Pott, l'absence complète d'abcès tuberculeux dans le pseudo-mal de Pott hystérique ; bien que Brodie ait décrit de faux abcès froids dans la coxalgie, il résulte de la lecture de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour qu'on n'a jamais observé d'abcès froid propre à la maladie de Brodie, à moins de coexistence des deux affections.

c) Enfin un signe de la plus haute valeur diagnostique nous sera donné par l'examen radiographique de la colonne vertébrale (obs. III) montrant, dans le mal de Pott, les lésions tuberculeuses des corps vertébraux avec leurs propagations sous forme d'abcès dans la gaine du psoas, dans la maladie de Brodie l'intégrité absolue du rachis.

Cet exposé, complexe et touffu, du diagnostic différentiel du pseudo-mal de Pott hystérique avec le mal de Pott ordinaire, montre, par l'abondance même des éléments différentiels la difficulté d'arriver à un diagnostic précis. Pour nous résumer, quels symptômes devrons-nous retenir ? Nous en distinguerons deux sortes : des symptômes de présomption et des symptômes de certitude.

Les signes de présomption nous seront fournis par les antécédents du malade, les commémoratifs, le début et l'évolution de la maladie, la névralgie et la voussure rachidienne, la paraplégie, les signes concomittants de pithiatisme.

Quant aux signes de certitude, ce sont des signes négatifs montrant l'absence indiscutable de lésions organiques

(médullaires et vertébrales) ; on les tirera de l'examen des réflexes et du fonctionnement des réservoirs naturels (vessie et rectum), de la recherche du signe de Babinski, de la trépidation épileptoïde et de l'abcès froid, enfin de l'examen radiographique.

B. *Diagnostic différentiel de la maladie de Brodie avec les affections autres que le mal de Pott susceptibles de la simuler.*

Après avoir distingué le pseudo-mal de Pott hystérique de la tuberculose vertébrale, il resterait à le différencier des autres affections névrosiques ou organiques avec lesquelles il est susceptible d'être confondu : nous ne ferons qu'énumérer rapidement ces affections, le diagnostic différentiel pouvant être indirectement établi d'après la symptomatologie détaillée de chacune d'elles.

En premier lieu la névralgie spinale, qui imprime souvent un cachet si particulier à la maladie de Brodie devra être distinguée des autres variétés de rachialgie, névropathique ou organique, car on sait qu'elle n'est elle-même qu'une forme assez aiguë de la rachialgie hystérique.

Parmi ces variétés, nous trouvons d'abord la myalgie hystérique, constituée par ces douleurs passagères qui siègent dans les masses musculaires dorsales et lombaires à la suite des attaques convulsives et sont dues aux tiraillements exercés sur les fibres musculaires dans les mouvements toniques et cloniques de l'accès, puis la rachialgie neurasthénique, choréique, syphilitique, tabétique, variolique, la névralgie intercostale, la pleurodynie, etc.

En dernier lieu, la maladie de Brodie sera différenciée de toutes les affections organiques s'accompagnant de rachialgie avec voussure dorsale plus ou moins accentuée et impo-

tence plus ou moins grande des membres inférieurs : ostéomalacie de l'adulte (Romberg), rhumatisme et rachitisme vertébral (Grancher, Marfan, Comby), spondylite typhique (1) et paratyphique (Quincke, Klein, Fried), kyste hydatique de la colonne vertébrale au début, traumatisme vertébral, méningite et pachy-méningite, myélite, en un mot toutes les affections organiques de la colonne vertébrale, des méninges et de la moelle, capables de simuler le mal de Pott et indirectement le syndrome de Brodie.

---

(1) Il est à remarquer que les premiers cas de spondylite typhique furent considérés comme dûs à des manifestations hystériques (Gibney, Communic. à la Société américaine d'orthopédie, 1889.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de la maladie de Brodie est essentiellement chronique, lente et capricieuse, analogue en ceci à l'hystérie dont elle est une manifestation. Un des symptômes les plus rebelles et des plus incommodes est la névralgie spinale qui souvent résiste à toute médication (chez une malade de Charcot, la rachialgie durait depuis 13 ans) ; cette douleur présente de loin en loin des acerbations, sortes de poussées aiguës qui peuvent devenir très intenses à de certains moments, se maintenir quelque temps à ce degré pour diminuer peu à peu ensuite d'acuité. Le pronostic devra donc être réservé, non pas au point de vue vital car l'affection n'étant pas grave en elle-même, la vie du malade n'est pas directement intéressée, mais à cause du retentissement de la rachialgie sur l'état général du malade ; en effet, la gravité de l'affection est constituée par l'élément douleur et varie suivant le degré d'intensité de cette dernière ; dans les formes légères la douleur rachidienne n'étant perçue que par la pression sur les apophyses épineuses vertébrales n'a pas d'autre importance que celle d'une sensation plus ou moins désagréable, mais dans les formes aiguës on est en face d'un véritable état morbide pouvant produire des souffrances intolérables ; les malades sont alités, anxieux, redoutent les mouvements et le contact des vêtements, ne peuvent quelquefois demeurer couchés sur le dos et prendre un instant de repos ; ces phénomènes peuvent

durer un mois et même davantage (cf. Charcot: Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1888-89); aussi dans ces cas il en résulte des troubles très graves de l'état général.

Ces complications retardent l'évolution normale de la maladie qui devient alors d'une longueur désespérante et parfois des apparences de guérison, après avoir fait espérer une heureuse issue, s'accompagnent après une courte rémission de nouvelles douleurs et de nouveaux troubles.

Ces désordres peuvent atteindre tous les appareils de l'organisme (troubles digestifs, vomissements et constipation), troubles respiratoires et urinaires, hyperesthésie des membres, arthralgies, céphalalgie et épigastralgie, amaigrissement, surtout si aux troubles névrosiques s'ajoutent des lésions organiques.

Parmi ces complications qui viennent prolonger la durée de l'affection, nous ne saurions passer sous silence celles qui sont dues à une erreur de diagnostic: « J'ai vu condamner au repos et à la position horizontale pendant des années, des jeunes filles que l'on soumettait encore au traitement par les cautères et les sétons, alors que le grand air, les exercices et les passe-temps les eussent complètement guéries en quelques mois » (Brodie, *loc. cit.*). Tant qu'on ne trouve que des traces de cautères, de moxas, de pointes de feu (une malade de Poncet portait dans le dos la trace de quatre à cinq mille pointes de feu), le dommage n'est pas bien grand pour le malade qui souvent, au contraire, s'est bien trouvé de ce traitement; mais il peut survenir des désordres plus sérieux (atrophies musculaires, rétractions tendineuses comme pour cette malade de Grancher qui, après quinze mois d'immobilisation dans une gouttière de Bonnet avait un pied bot varus équin), surtout il ne faudrait pas exposer les malades aux dangers d'une opération aussi grave qu'intempestive (trépanation rachidienne, dé-

compressive, laminectomie, etc.) d'où la nécessité d'un diagnostic ferme.

Lors donc qu'elle n'est entravée par aucune de ces complications la marche normale de la maladie de Brodie est lente, entrecoupée de paroxysmes et peut durer des mois et mêmes des années.

Cette lenteur d'évolution est surtout remarquable dans les pseudo-maux de Pott consécutifs à un traumatisme (un malade de Kirmisson n'était pas encore guéri après onze mois de traitement) c'est là qu'il faudra être prudent pour apprécier la durée probable de l'incapacité de travail et on fera bien de s'aider de la recherche des autres signes pithiatiques pour évaluer à sa juste valeur la gravité du dommage causé au blessé par le trauma.

Au point de vue médico-légal, les éléments du pronostic seront tirés suivant le professeur Raymond:

De la variété de la manifestation hystéro-traumatique prédominante (une paralysie étant plus tenace qu'une arthropathie ou une anesthésie.

De l'ancienneté de l'affection (plus l'affection est récente, plus elle a de chances pour guérir facilement).

De la prédisposition héréditaire ou acquise du sujet (un hystérique avéré, présentant plusieurs stigmates névrosiques guérira difficilement), de l'importance du traumatisme (s'il a été insignifiant c'est que l'individu était candidat à l'hystérie; en ce cas, le pronostic est mauvais).

TRAITEMENT

Le traitement de cette affection, essentiellement médical, ne peut être qu'étiologique et symptomatique, le substratum anatomique et la nature de l'affection ne nous étant pas connus; c'est dire qu'il ne sera pas efficace dans tous les cas, la meilleure thérapeutique étant la thérapeutique pathogénique.

Au fond c'est le traitement de l'hystérie.

C'est ici surtout que l'on peut appliquer ce vieil adage médical: *primum non nocere*, une erreur de diagnostic entraînant pour le malade une thérapeutique aussi variée que désagréable ou même nuisible: nous l'avons vu à l'occasion du pronostic.

Tout de même, lorsqu'on hésitera sur le diagnostic précis, il vaut mieux en principe dans l'intérêt du malade considérer ce dernier comme un pottique et instituer le traitement du début de cette affection, il sera facile plus tard de reviser son diagnostic par l'apparition des symptômes propres à l'affection sans avoir fait courir de dangers à son malade.

Les indications thérapeutiques seront tirées des troubles locaux, des troubles généraux et de l'état névropathique des sujets si souvent entachés de pithiatisme.

Contre l'élément douleur (névralgie rachidienne) qui est souvent très tenace, on fera usage de la médication analgésique classique (belladone, jusquiame, stramonium, bro-

mures, chloral, opium et ses dérivés). Il faudra être très sobre de médicaments qui pourraient avoir deux inconvénients : d'abord aggraver l'état gastro-intestinal du malade, si souvent précaire chez la plupart des névropathes et, ensuite, engendrer une accoutumance médicamenteuse, fâcheuse (morphine). On n'emploiera donc la médication antinévralgique que lorsque la douleur intolérable pour le malade menacera son état général.

A cette médication interne on pourra d'ailleurs associer une médication externe comprenant de la révulsion *in loco dolenti* (liniments, pointes de feu), des frictions et des massages profonds et continus (on sait qu'une pression profonde et soutenue est souvent mieux supportée qu'un léger et rapide effleurement).

On se trouvera encore bien de l'hydrothérapie (douches tièdes en jet brisé, bains de vapeur, applications froides sur le rachis), de la crénothérapie, de l'électrothérapie, sous forme de courants induits ou continus, de la kinésithérapie, etc..., en un mot, de tout l'arsenal thérapeutique, aussi peu nuisible que suggestif de l'hystérie.

Mais toute cette thérapeutique, médicamenteuse ou physique, ne peut être que palliative, car ce qui domine chez presque tous les malades de ce genre, c'est l'état physique, par conséquent une médication réellement efficace et dans quelques cas même curative, devra être orientée dans ce sens, et la psychothérapie paraît en effet devoir donner les meilleurs résultats. D'ailleurs, la plupart des moyens médicamenteux et physiques dont nous avons parlé frappent l'imagination du malade, le plus souvent suggestible, et agissent beaucoup par la suggestion qu'ils provoquent ou qu'ils renforcent. Les meilleurs agents psychothérapiques à employer sont : l'isolement, les distractions, la persuasion et surtout la suggestion associée à la rééducation

des mouvements (suggestion à l'état d'hypnose ou à l'état de veille). Scherb, à deux reprises différentes, a obtenu une guérison radicale par une seule séance de suggestion hypnotique (obs. IV).

Enfin il ne faudra pas négliger de surveiller l'état général, qui a souvent besoin d'être relevé (aérothérapie, héliothérapie, toniques, etc...)

Observation II

(Inédite)

(Recueillie dans le service du professeur Estor)

Garçon de 12 ans et demi, se présente à la consultation le 4 juin 1914, à cause de violentes douleurs qu'il éprouve dans le dos et surtout à la région cervicale.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père et la mère sont morts, mais n'auraient jamais eu de graves maladies au dire de l'entourage; un seul frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Le petit malade a eu la rougeole en bas âge; d'un naturel très nerveux et très émotif, il a présenté à 7 ans deux ou trois crises nerveuses, qui se déroulaient de la façon suivante: au début l'enfant éprouvait une sensation d'angoisse, de striction thoracique avec boule remontant au gosier, puis survenait une perte de connaissance immédiatement précédée de mouvements toniques et cloniques des membres supérieurs et inférieurs. Ces crises se seraient produites surtout la nuit.

Depuis ce moment l'enfant n'a plus présenté de crises, mais il est resté une névralgie rachidienne, accusée surtout au niveau de la région cervicale.

Etat actuel. — En dépit d'un état général excellent, l'enfant a une allure d'ensemble, qui, à un examen superficiel

pourrait en imposer pour un mal de Pott: son attitude paraît soudée et il se penche un peu en avant, offrant une voussure à grande courbure et à convexité dorsale.

Une inspection attentive permet de constater l'existence d'un dos rond, avec un peu de scoliose (à gauche), au lieu d'une gibbosité angulaire et médiane. Les mouvements spontanés de flexion, d'extension et de rotation sont conservés et non douloureux, quoique un peu gênés lorsqu'on veut les provoquer à fond; les mouvements de la tête sont libres. La pression profonde des apophyses épineuses ne réveille aucune sensation douloureuse, mais la piqûre et le pincement des téguments réveillent une douleur vive au niveau des épines des deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales. Cette douleur n'a aucune répercussion profonde et reste localisée à la surface de la peau, qui a un aspect et une coloration normaux.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

Pourtant le système nerveux présente quelques signes de pithiatisme; il y a de l'hypoesthésie dans la moitié gauche du corps, mais pas d'autres zones d'hypéresthésie que celle de la région cervicale; on note encore de l'insensibilité cornéenne et l'abolition du reflexe pharyngé; mais les autres reflèxes (rotulien, tricipital, pupillaires, etc...), sont normalement conservés.

Observation III

(Rédigée d'après Broca. Presse Médicale, 27 décembre 1913)

Un jeune garçon de 7 ans arrive à l'Hôpital des Enfants malades, le 9 juin 1913, avec le diagnostic de mal de Pott lombaire. Au premier coup d'œil cette étiquette parut justifiée par l'attitude du malade: il se tenait en effet debout,

le tronc légèrement penché en avant et à gauche, la tête redressée, les membres inférieurs un peu fléchis, les bras ballants, portés un peu en arrière lorsqu'on le faisait marcher.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels à signaler.

Maladie actuelle. — L'enfant a une bonne santé habituelle. L'interrogatoire de la mère apprend que l'affection a débuté rapidement il y a huit jours, sans douleur aucune, la déformation s'est installée dans la forme et le degré où elle était le 9 juin.

L'examen clinique pratiqué ce jour-là, permet, en effet, de constater l'existence d'une voussure (1) siégeant au niveau de la colonne lombaire, qui est convexe en arrière et un peu à droite.

Pour étudier la souplesse de la colonne vertébrale, on ordonne au petit malade de ramasser à terre un objet

---

(1) A propos de la voussure rarement constatée dans le pseudo mal de Pott hystérique nous citerons le cas, observé par le professeur Grancher, d'une petite fille de six ans et demi qui était entrée dans son service pour des accidents nerveux. Cette enfant issue de parents entachés de nervosisme, eut elle-même, vers dix-huit mois, des attaques nerveuses avec perte de connaissance et état convulsif. Vers trois ans et demi on vit se produire à la partie inférieure de la colonne vertébrale une saillie qui fut considérée comme due à un mal de Pott ; l'enfant fut immobilisée pendant quatorze mois dans une gouttière. Au bout de trois ou quatre mois de traitement les symptômes du mal de Pott font place aux signes d'une coxalgie. Enfin quand au bout du quatorzième mois la malade fut sortie de la gouttière, toute trace de mal de Pott et de coxalgie avait disparu, mais l'enfant présentait un pied bot varus équin par rétraction des muscles du mollet. Ainsi donc on avait affaire là à un syndrome pithiatique simulant une spondylite tuberculeuse, car, ajoute Grancher sans plus de détails, l'enfant présentait plusieurs stigmates d'une hystérie certaine.

jeté devant lui, avec une main d'abord, avec les deux mains ensuite; au début, cette manœuvre sembla confirmer le diagnostic de mal de Pott, car à plusieurs reprises, pour saisir l'objet avec une seule main, le sujet prit appui avec l'autre main sur la cuisse avant de se baisser, ce qu'il fit en pliant les genoux; une fois ou deux cependant il se baissa sans cette précaution; fait important, on constate qu'il ne la prenait jamais pour ramasser l'objet avec les deux mains à la fois; il se baissait alors avec souplesse sans plier les genoux.

Cette souplesse fut encore aisément mise en évidence de la façon suivante: dès que l'enfant fut couché sur le ventre, le dos devint presque droit; il se creusa normalement lorsque dans cette position on soulevait le bassin en tirant sur les jambes fléchies; en faisant asseoir le malade, le corps légèrement penché en avant, on constate que la ligne épineuse dessine une courbe régulière.

On fait sauter l'enfant à bas du lit; il tombe sur ses pieds en parfaite rectitude, mais pour un instant seulement; aussitôt après, il reprend son attitude anormale.

Pour vérifier l'absence de toute lésion organique vertébrale, on procéda à un examen radiographique; les corps vertébraux apparurent tout à fait normaux, les disques parfaitement clairs et réguliers.

Comment expliquer tous ces troubles? La mère raconte que son enfant avait fait le 28 mai une chute sur le côté droit, chute provoquée par deux camarades ayant sauté à la fois sur le dos du petit malade en jouant à saute-mouton. Avait-on affaire à une de ces gibbosités brusquement provoquées par une violence extérieure, une vertèbre cariée s'effondrant tout d'un coup? On éloigna vite cette hypothèse, car en précisant les dates on apprit que, durant

deux ou trois jours, rien d'anormal n'avait, après cela, été constaté dans l'attitude du petit malade.

D'autre part, l'épreuve radiographique était là pour nous prouver le contraire.

Dès lors ne fallait-il pas songer au pithiatisme pour expliquer cette gibbosité si récente, d'emblée à son maximum et compatible de temps à autre avec une souplesse rachidienne parfaite?

Cette dernière hypothèse devait être la vraie, car on apprit par la mère que, deux jours après la chute, l'enfant avait assisté au cinéma à une représentation du *Bossu*.

Ainsi donc on avait affaire à un pseudo-mal de Pott hystérique survenu brusquement par suggestion cinématographique. On essaya d'instituer un traitement psychothérapique en commençant par isoler le malade, mais au bout de 48 heures le père vient chercher son fils, ce qui empêcha de voir les effets de ce traitement, qui paraissait tout indiqué en cette circonstance.

Observation IV

(D'après Scherb, *in* Bulletin médical de l'Algérie, 1909)

M. R..., 25 ans, vient à la consultation à cause d'une contracture douloureuse des muscles dorsaux-lombaires à gauche avec hyperesthésie douloureuse de la colonne lombaire et voussure à grand arc de la même région à convexité postérieure et un peu à droite.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort phtisique.

Antécédents personnels. — Dans sa jeunesse, la malade a eu des bronchites à répétition; mariée à 15 ans a eu un mois après une bronchite accompagnée d'hémoptysies répétées, avec fièvre et état délirant.

Quatre grossesses dont deux se terminèrent par avortement; un enfant vivant, mort ensuite de méningite à trois mois; une fillette bien portante, actuellement âgée de 5 ans.

En août dernier, nouvelle bronchite qui dure deux mois, puis pleurésie gauche qui dure trois à quatre semaines.

Etat actuel (déc. 1908). — Bon état général; quelques frottements à la base gauche et signes d'induration du sommet droit.

Vers le milieu d'octobre, à la suite d'une violente colère la malade se réveille un matin, paralysée de tout le côté droit du corps avec participation de la face; en réalité cette paralysie était d'emblée une contracture généralisée à tout ce côté du corps, avec anesthésie complète et mutisme.

La contracture faciale cesse rapidement puis la jambe et le bras se libèrent; quinze jours après le mutisme disparaissait à son tour. Alors apparaissent de vives douleurs dans le flanc gauche amenant la femme à venir à l'hôpital.

A l'examen, on trouve une lordo-cyphose à grande courbure au niveau de la région lombo-dorsale; il y a de l'hyperesthésie à la pression et à la percussion des apophyses épineuses sans localisation sur un point fixe, de la contracture des muscles dorsaux et lombaires à gauche.

Les réflexes sont normaux; la pression brusque sur les épaules, les mouvements imprimés au tronc ne sont pas douloureux et n'arrachent pas de cris à la malade; pas de bandes d'hyperesthésie et d'anesthésie radiculaire à la hauteur des métamères lombaires; pas de clonus des pieds, ni de troubles des réservoirs.

On ordonne à la malade de descendre du lit: elle le fait avec force grimaces et contractions; elle marche pliée vers le côté gauche; sa figure ne semble pas trahir une souf-

france bien réelle; elle se retourne au commandement assez vivement; elle se baisse pour ramasser un objet avec des gestes et des précautions qui ne ressemblent pas à ceux du vrai pottique.

Ce syndrome clinique fait penser à une névrose. Pour s'en assurer on recherche les stigmates de pithiatisme; on trouve une hémianesthésie complète, profonde, nettement limitée au côté gauche, qui s'étendait à la cornée, à la narine et au conduit auditif gauches; il n'y a pas d'altération du sens stéréognostique. Nous ferons remarquer que toutes les précautions avaient été prises pour éviter toute supercherie ou toute hétéro-suggestion (on avait au préalable bandé les yeux à la malade sans l'avertir du genre d'investigation auquel on allait se livrer sur elle).

On avait donc affaire à un pseudo-mal de Pott hystérique.

La malade est soumise à un traitement psychothérapique: on la fait coucher en ordonnant d'élever les pieds du lit en avant et en la surveillant étroitement pour l'empêcher de se lever. On la menace même de lui appliquer un corset plâtré; on agit en un mot comme s'il y avait une spondylite réelle en recommandant l'immobilité complète dans le décubitus dorsal.

On fait donc semblant de prendre la malade au sérieux pour agir par suggestion.

Dans le repos horizontal on n'a jamais pu obtenir le redressement de cette lordo-cyphose particulière; même couchée la malade se tenait toujours en contracture, fléchie sur le côté gauche; on n'a pas examiné si cette attitude se maintenait pendant le sommeil.

Ainsi préparée la malade est soumise à la suggestion hypnotique; guérison en une seule séance; la malade marche, court au bout de quelques minutes après une courte

hypnose, paraissant avoir oublié complètement le système pathologique qu'elle avait présenté pendant plus de trois semaines; elle est souple, droite et n'accuse plus de douleurs au flanc gauche; la rachialgie lombaire et l'hémianesthésie ont disparu.

On avait donc affaire à un syndrome pathomimique créé, on ne sait comment de toutes pièces, dans la représentation mentale de cette jeune femme, une véritable « Vorstellungskrankheit » guérie sur le champ par une contre-représentation suggestive au cours de l'hypnose (1).

Observation V

(Résumée)

D'après Audry, Lyon médical, 23 octobre 1887.

Femme de 36 ans, *sans antécédents héréditaires.*

Antécédents personnels. — A eu la coqueluche en bas-âge; à 10 ans, scarlatine grave avec anasarque; céphalée persistante pendant l'adolescence.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 25 ans, à la suite d'un faux mouvement exécuté pour saisir un objet, la ma-

---

(1) Nous n'avons pu avoir l'observation détaillée du cas suivant, rapporté par Scherb, dans le même numéro du Bulletin médical que son observation précédente :

Il s'agit d'un adulte de 42 ans, qui resta plus de deux ans souffrant de la colonne vertébrale et immobilisé dans son lit, il présentait une sensibilité exquise à la pression et à la percussion d'une des dernières vertèbres dorsales ; il y avait eu à l'origine un choc moral.

Ce malade avait été considéré comme un paraplégique, puis comme un pottique. On s'arrête au diagnostic de pseudo-mal de Pott hystérique : guérison rapide par isolement et psychothérapie.

lade ressentit brusquement une vive douleur dans la colonne vertébrale; cette douleur aurait persisté pendant quelques jours, puis aurait disparu momentanément. Elle revint bientôt, et après quelques alternatives finit par s'installer définitivement, tandis qu'un point douloureux se manifestait secondairement à l'épaule gauche.

A la même époque, apparut une rétraction des muscles de la nuque qui empêchait la malade de pencher la tête en avant et coïncidait avec la localisation cervicale de la douleur rachidienne.

Ces symptômes persistent pendant près d'un an et demi, et comme à ce moment l'état général, qui jusqu'alors était resté intact, s'altère notablement, on porte le diagnostic de mal de Pott; on localise même la lésion à une vertèbre cervicale correspondant au point maximum d'hyperesthésie.

Quelques mois plus tard surgissent des douleurs dans les reins et les hanches, avec de la contracture des muscles des gouttières vertébrales; finalement, s'installe une quadriplégie complète qui disparaît assez rapidement; mais la douleur rachidienne persiste, rendue intolérable par des crises d'éternuements continus. Une nouvelle et courte poussée paralytique la laissa presque incapable de se baisser et de se relever, avec quelques troubles de l'urination; mais tout rentra vite dans l'ordre.

Le traitement fut des plus variés; d'abord, cautérisations rachidiennes à la potasse, port d'un corset en fer (prescrit par Letiévant), saison hydrothérapique à **Aix**, séjour au lit pendant 3 ans; à la suite de quoi, la malade commence à se lever, va au grand air, fait de l'hydrothérapie et de l'exercice physique et suit une énergique médication tonique.

Cette dernière thérapeutique eut raison de ces troubles:

la malade se trouve en parfait état de santé, ne souffre plus et ne présente aucune espèce de lésion rachidienne appréciable.

Observation VI

(Résumée)
D'après Audry, *loc. cit.*

Jeune fille de 25 ans.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Antécédents personnels. — En bas-âge, rougeole et scarlatine.

De tempérament très nerveux, avait de fréquentes crises névropathiques. Très irrégulièrement réglée; de graves secousses morales achèvent de développer ces tendances névrosiques.

Histoire de la maladie. — On constate un jour, par hasard, que la jambe et la cuisse droites de la malade sont fortement œdématiées; ce gonflement, attribué à une lésion phlébitique, disparaît en partie après deux séjours à Dieppe. Quatre ans après, apparurent des douleurs très vives, étendues à presque toute la région dorsale du rachis; elles furent accompagnées de phénomènes pulmonaires aigus soi-disant congestifs dont la nature ne fut pas élucidée. L'année suivante, les douleurs rachiennes augmentent, la jambe droite se tuméfie de nouveau, l'état général s'altère.

On diagnostique un mal de Pott et on couvre la région douloureuse de pointes de feu.

Un an après, le membre inférieur gauche et une partie du bassin furent brusquement envahis par une rougeur qui laissa en disparaissant un œdème considérable; à la fin de cette même année, apparaissent de vives douleurs

dans la partie gauche du thorax, et un œdème intéressant la région vertébrale douloureuse et l'épaule droite qui devient elle-même très sensible. On continue à larder de pointes de feu (4 à 5.000) la malade, qui éprouve quelques évanouissements ressemblant fort à des crises d'hystérie; l'œdème de la jambe droite a presque disparu, mais celui du membre inférieur gauche va en croissant.

Un examen minutieux du dos de la malade permet de constater l'absence totale de déformation rachidienne; mais la colonne est très sensible à la pression, surtout dans toute l'étendue de la région dorsale et des quatre dernières vertèbres cervicales.

L'épaule droite est un peu sensible; la douleur est spontanée ou provoquée par la pression; elle paraît se rapporter à une véritable *hyperesthésie dermique* plutôt que cutanée; la forte pression ne la diminue pas.

Le membre inférieur gauche est envahi par un œdème dur, indolent, ressemblant à un éléphantiasis sans lésion épidermique.

L'état général est bon, malgré une anorexie complète. Il ne paraît pas exister de lésions viscérales; ni boule, ni aura.

Aucun vomissement, corps thyroïde et appareil oculaire intacts. A noter seulement un tremblement très notable des doigts; ce tremblement, qui existe depuis le début de la maladie, est rapide, presque rythmé, à petit rayon, analogue au tremblement de la maladie de Parry-Graves, mais plus prononcé.

Observation VII

(Résumée)

D'après Souques, Thèse de Paris, 1891.

J. B., 16 ans, repasseuse, entre à l'hôpital pour des troubles de la marche et des douleurs dans le dos.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort de tuberculose pulmonaire il y a cinq ans; une sœur hystérique (attaques convulsives).

Antécédents personnels. — La malade est d'un tempérament chétif et nerveux, sujette aux migraines, aux palpitations et aux bronchites.

Maladie actuelle. — Le début de l'état actuel remonte à 12 mois environ. A ce moment, elle a éprouvé de vives douleurs dans la colonne vertébrale, au niveau de la région lombaire et de la région dorsale. Ces douleurs duraient toute la journée et empêchaient la malade de se lever et de porter sur la tête le moindre fardeau qui les exaspérait. A la même époque, apparurent des fourmillements dans les membres inférieurs, puis une impotence fonctionnelle complète. Durant un mois, elle a gardé complètement le lit, ne pouvant se tenir sur ses jambes, puis elle a pu un peu se lever et faire quelques pas; mais pendant la marche, les membres inférieurs et la région lombaire sont le siège de violentes douleurs.

Ces douleurs et l'impotence progressant, la malade vient à l'hôpital.

A son arrivée, on constate une paraplégie spasmodique rendant la marche très difficile; au niveau de la région lombaire, une voussure assez étendue avec une dépression au-dessus; le dos est couvert de pointes de feu. Pas d'abcès froid; hémianesthésie gauche et émotivité très grande.

Depuis le début de son affection, la malade accuse tous les huit jours des tremblements qui durent de dix à quinze minutes et quelquefois plus; pas de crises convulsives.

On ne trouve rien aux poumons, ni aux autres organes. Seulement il existe à la main gauche des troubles trophiques marqués; la main entière est augmentée de volume, violacée, comme une main présentant des engelures; il y a en effet des ulcérations, des crevasses que la malade déclare avoir tous les hivers depuis quelques années; l'été, ces crevasses disparaissent; la peau redevient lisse, mais garde sa coloration violacée.

Cet ensemble symptomatique fait porter le diagnostic de mal de Pott avec paraplégie spasmodique par compression médullaire.

En juillet 1886, la malade succombe à une fièvre typhoïde que l'on avait prise pour une méningite tuberculeuse, en raison des antécédents et du tableau clinique qu'elle avait antérieurement présenté. A l'autopsie, « en dehors des lésions intestinales de la dothiénentérie, on ne trouve absolument rien; les vertèbres étaient saines dans toute leur étendue. La moelle, examinée macroscopiquement, ne présentait aucune altération appréciable. L'examen microscopique ne fut pas fait ».

Observation VIII

(D'après Charcot, *in* Semaine médicale, 1887)

Jeune homme de 24 ans, manœuvre, qui à la suite d'une chute, présente des crises convulsives avec tableau clinique de mal de Pott.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Un frère et une sœur morts en bas âge de convulsions.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, quoiqu'un peu chétif; aurait eu jadis quelques hémoptysies. Rien de grave, en somme, jusqu'au jour (21 avril 1887) où le malade fait une chute de 4 mètres de hauteur sur le dos et la hanche droite; il ne peut se relever, et, transporté chez lui, apparaissent des troubles graves (melæna, hématémèse, rétention d'urine, vomissements bilieux, ballonnement du ventre) qui font penser à une péritonite dont on institue le traitement d'urgence. Après deux mois de séjour au lit, tout rentre dans l'ordre; mais au moment de se lever le malade éprouve une parésie telle des membres inférieurs qu'il ne peut effectuer que de petits travaux.

Voulant un jour faire un effort assez considérable (soulever un sac de plâtre), il tombe à terre, les membres inférieurs paralysés, en éprouvant une vive douleur dans le dos. Comme il accuse, en outre, des douleurs en ceinture et présente des troubles urinaires, le chirurgien à qui il est présenté conclut à un mal de Pott traumatique produit par un tassement brusque des vertèbres cariées et déterminant une compression de la moelle. Aussi on institue le traitement classique de cette affection: immobilisation absolue en décubitus dorsal dans un appareil silicaté, pointes de feu sur la colonne dorsale. Au bout de trois mois de repos au lit, la plupart des phénomènes morbides s'amendent, mais il persiste une paraplégie presque complète avec de vives douleurs rachidiennes et apparition d'attaques convulsives.

Un nouvel examen du malade révèle l'existence de nombreux stigmates d'hystérie, ce qui provoque l'envoi du malade à la Salpêtrière.

Etat actuel. — On trouve un état général satisfaisant, quoique le malade paraisse plutôt d'une complexion délicate.

On examine de suite l'appareil incriminé: dans la région dorsale, existe un *point douloureux superficiel* dont l'*effleurement* amène des *phénomènes d'aura*, et même une attaque si l'on insistait trop longtemps; mais cette région n'est pas déformée.

L'impotence fonctionnelle est presque absolue, plus marquée encore au membre inférieur droit, qui est flasque, inerte, avec un peu d'arthralgie du côté de la hanche correspondante.

L'examen de la sensibilité est très instructif: il existe nette une hémianesthésie droite dont la distribution est caractéristique, surtout au niveau du membre inférieur droit; l'anesthésie est sans aucune relation avec la topographie des nerfs et de la moelle; elle est limitée en avant par le pli de l'aine, en arrière par la crête iliaque. On note encore une abolition de la sensibilité profonde, du sens musculaire et articulaire, mais la contractilité électrique et les réflexes sont normaux.

Lorsque le malade marche, se manifeste un hémi-tremblement du côté droit, moins prononcé au repos, et la démarche est celle d'une paralysie hystérique.

Par conséquent, « il n'y a pas de mal de Pott, et toutes les apparences de cette affection s'évanouissent devant l'étude des seuls symptômes douloureux que le malade présente... D'ailleurs, les caractères de la paraplégie sont suffisants à eux seuls pour qu'en, dehors de tout autre examen on puisse les rattacher à leur véritable cause, l'hystérie traumatique » (Charcot, *loc. cit.*).

Observation IX

(D'après Charcot, Leçons du mardi à la Salpétrière, 18 décembre 1888)

Jeune homme de 24 ans, entre à l'hôpital en novembre 1888 pour des phénomènes de rachialgie et des troubles de la marche.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de tumeur blanche du cou-de-pied ayant nécessité l'amputation de la jambe.

Antécédents personnels. — De complexion chétive, a eu il y a 3 ans une pleurésie double qui a duré six mois; induration d'apparence tuberculeuse à l'épididyme droit; rien à l'appareil pulmonaire.

Etat actuel. — Le malade, qui présente un état général précaire, marche en s'aidant d'une béquille, qu'il porte du côté droit; le tronc est tenu raide dans la verticale, la région lombaire dessinant une cambrure assez forte, les jambes traînantes, surtout la droite.

Il accuse de vives douleurs rachidiennes dont il place le siège à la partie inférieure de la colonne dorsale et à la région lombaire. Ces douleurs se font sentir spontanément et sont exaspérées par les mouvements du tronc.

Ce syndrome clinique fit porter le diagnostic de mal de Pott, mais peu après survinrent des crises qui attirèrent l'attention vers l'existence possible d'une névrose sous-jacente. Ces attaques, qui se produisaient d'habitude après le repas du soir, étaient précédées d'une aura à point de départ scrotal, remontant à l'épigastre et à la gorge; puis survenaient des palpitations, des battements dans les tempes, et le malade perdait connaissance au moment où commençaient les convulsions, qui étaient très violentes.

Pour compléter le diagnostic de névrose, on étudie le caractère des douleurs rachidiennes : on constate que partout où s'étend la rachialgie (3 ou 4 dernières dorsales et 2 ou 3 premières lombaires) spontanée siège une hyperesthésie extrême ; une pression légère, un simple frôlement des apophyses épineuses suffisent pour arracher des cris au malade et sont plus douloureux qu'une pression forte ; de même, un léger pincement de la peau provoque des cris de douleur.

En même temps que la douleur, le frôlement superficiel de la peau réveille un ensemble de phénomènes analogue à une aura hystérique (sensation de boule qui monte de l'abdomen à la gorge, palpitations, étouffements, battements dans les tempes).

La douleur provoquée s'irradie des deux côtés du tronc, le long des fausses côtes et s'étend jusqu'aux fosses iliaques, surtout à droite.

On trouve des zones d'hyperesthésie au niveau des hypochondres et des fosses iliaques ; il y a de l'hypoesthésie dans la moitié gauche et une diminution très marquée du goût, de l'ouïe et de l'odorat du côté gauche. Les réflexes pharyngé et cornéen sont abolis, et il existe un double rétrécissement très prononcé du champ visuel.

Ainsi donc, on avait affaire à des manifestations hystériques qui prenaient l'apparence du mal de Pott. L'évolution, d'ailleurs, fut là pour confirmer ce diagnostic, puisqu'après un court séjour à la Salpêtrière, les attaques convulsives cessèrent, la rachialgie s'atténua, la marche devint plus aisée et l'état général se releva notablement.

CONCLUSIONS

I. Sous le nom de maladie de Brodie nous avons essayé d'individualiser une forme particulière d'hystérie qui, par sa localisation névralgique rachidienne et ses manifestations sensitivo-motrices simule à s'y méprendre la tuberculose des corps vertébraux (pseudo-mal de Pott hystérique). Nous avons donné à ce syndrome pithiatique le nom de maladie de Brodie, en mémoire du médecin anglais, qui, le premier, distingua cette affection.

II. Son étiologie est la même que celle de l'hystérie (émotion, suggestion, simulation, traumatisme). Elle apparaît chez les sujets sans différence d'âge ni de sexe; chez la femme et l'enfant elle paraît surtout succéder à une émotion ou une suggestion, chez l'adulte à une simulation ou un traumatisme.

Sa pathogénie et son anatomie pathologique nous sont totalement inconnues et se ramènent à celles de l'hystérie: le seul cas d'autopsie relaté dans la littérature médicale est négatif et ne nous permet pas dans l'état actuel de nos connaissances, d'inférer un processus pathogénique propre à cette affection, encore moins d'élucider la nature de l'hystérie.

III. La maladie de Brodie est caractérisée cliniquement par une névralgie spinale siégeant ordinairement au seg-

ment dorsal de la colonne vertébrale; c'est une douleur très superficielle, localisée au derme ou à l'épiderme, suivant la ligne des apophyses épineuses, quelquefois le long des gouttières vertébrales et dont l'acuité est plus vive lorsqu'on exerce un léger et rapide frôlement qu'une pression profonde et soutenue. A ce signe cardinal s'ajoutent souvent d'autres symptômes secondaires: tels que zones d'anesthésie et d'hyperesthésie, paraplégie spasmodique ou flasque, voussure dorso-lombaire, plus rarement des troubles accessoires (vomissements, céphalée, amaigrissements, œdèmes fugaces, etc...).

IV. Le diagnostic de cette affection est le plus souvent délicat, surtout quand les autres symptômes névropathiques sont cachés.

Il faut, essentiellement et avant tout, différencier la pseudo-spondylite tuberculeuse de Brodie de la vraie spondylite tuberculeuse de Pott: on se basera sur les troubles de la sensibilité dont l'apparition, l'évolution et la topographie présentent des caractères différents dans l'une et l'autre affection, sur les troubles moteurs à allure encore plus distinctive et sur une foule de petits autres symptômes (troubles trophiques, vaso-moteurs et viscéraux) communs à l'hystérie et à la maladie de Brodie, qui ne prennent une importance diagnostique que par leur association aux symptômes principaux. Mais on ne pourra fonder un diagnostic certain que sur des signes négatifs c'est-à-dire sur l'absence des signes indiscutables de lésions organiques: intégrité de la colonne vertébrale (examen radiographique), conservation des réflexes tendineux et musculaires (absence de trépidation épileptoïde et de signe de Babinski, intégrité des réservoirs naturels), absence de température et du gros orteil d'abcès froid migrateur.

Ce premier point établi il faudra en second lieu séparer

le malade de Brodie des diverses autres affections à caractère rachialgique susceptibles de la simuler (rachialgie hystérique, neurasthénique, syphilitique, scoliotique, névralgie intercostale, spondylite rachitique, rhumatismale, typhique, méningite et pachy-méningite, myélite).

V. Le pronostic de cette affection, bénigne en elle-même, doit être réservé, surtout en ce qui concerne les accidents du travail, à cause de la ténacité de certains phénomènes, notamment de la rachialgie et des complications organiques qui peuvent retarder et aggraver son évolution normale, essentiellement lente et capricieuse.

VI. Le traitement de la maladie de Brodie est le même que celui de l'hystérie. Il consistera à pallier les symptômes qui prennent une allure trop grave, notamment la rachialgie qui souvent résiste à toute la médication antinévralgique et à tenter un traitement curateur par la psychothérapie (isolement, suggestion et rééducation des mouvements). Enfin on relèvera l'état général par une médication appropriée (hélio et hydrothérapie, toniques, mécanothérapie, vie au grand air, etc.)

BIBLIOGRAPHIE

Aimes. — Névralgie spinale de Brodie. Progrès Médical, 20 juin 1914.

Armaingaud. — Du point apophysaire dans les névralgies et dans l'irritation spinale. Paris, 1872.

Audry. — Lyon Médical, 23 octobre 1887, t. LVI, n° 43, page 235.

Auvray et Mouchet. — Maladies du rachis et de la moelle. In Traité Chir. Le Dentu et Delbet, Paris, 1913.

Axenfeld. — Traité des névroses. In Pathol. médicale de Requin, t. IV, Paris, 1863.

Beaujolin. — Considérations sur la rachialgie hystérique. Thèse Paris, 1873, n° 199.

Berbez. — Hystérie et traumatisme. Th. Paris, 1887, n° 130.

Besançon. — De l'hystérie. Thèse Paris, 1849.

Briquet. — Traité de l'hystérie. Paris, 1859.

Broca. — Presse Médicale, déc. 1913.

Brodie. — Lectures illustr. of cert. local nervous affections. Londres, 1837, p. 47; traduct. dans Gaz. médic., Paris, 1837.

Charcot. — Leçons du mardi à la Salpêtrière. Polyclinique, 1887-88, 1888-89.

— Leçons sur les maladies du syst. nerv. Paris, 1890.

— Des paralysies hystéro-traumatiques chez l'homme : paraplégie et mal de Pott. Sem. Médic., 1887.

Durand. — L'hystérie traumatique au point de vue médical. Thèse de Montpellier, 1904, n° 15.

Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1891.

Grancher. — Clinique de l'hôpital des enfants malades. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février 1888.

Grasset et Rauzier. — Traité des maladies du syst. nerv., 4e édit., t. II, Paris, 1894.

Gully (J.-M.). — Expos. of the symptoms and nature of nevropathy of nevrousness. Londres, 1837.

Henrot. — De l'anesthésie et hyperesthésie hystériques. Thèse Paris, 1847, n° 150.

Hoffmann. — De morbi hyst. vera indole, sed origine, et cura. Halle, 1733.

Jaccoud. — Traité de pathol. interne, t. I, 7e édition, 1883.

Kirmisson. — Société de chirurgie, 7 mars 1888.

Landouzy. — Traité de l'hystérie. Paris, 1846.

Lombroso. — Mém. orig. XLV, 157-209. Florence, 1891.

Mayer. — Uber die Unlâssigkeit der Spinalirritation als besondere Krankheit. Mayence, 1849.

Merlin. — Du pseudo-mal de Pott hystérique. Thèse Paris, 1889, n° 339.

Mesnet. — Etude sur les paralysies hystériques. Thèse Paris, 1852, n° 20.

Raymond. — Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris, 1896-99.

Raymond, Rendu, Laveran. — Société méd. des hôpitaux, 1892.

Scherb. — Pottisme hystérique. Guérison au cours de l'hypnose. Bulletin médical de l'Algérie, Alger, 1909, t. XX, p. 85-88.

Souques. — Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. Thèse Paris, 1891, n° 158.

Spring. — Traité de symptomatologie. Bruxelles, 1866.

Stilling. — Untersuchung über die Spinalirritation. Leipzig, 1840.

Sydenham. — De variolis et morbo hysterico et hypochondriaco, 1682. Traduct. In Médecine pratique, 1799, t. II.

Thomas. — Psychothérapie. In Biblioth. thérapeut. Gilbert et Carnot, Paris, 1912.

Thyssen. — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Thèse Paris, 1888, n° 111.

Türk. — Abhandl. über Spinalirritation. Vienne, 1848.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juillet 1914.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juillet 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !